



Widerspruch über die Nutzung der ePA

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Nach vorangegangener Aufklärung am _____ widerspreche ich

dem Eintrag und der Speicherung von Daten aus meiner psychotherapeutischen

Behandlung bei _____ in die elektronische

Patientenakte (ePA).

Diese Erklärung kann ich jederzeit widerrufen.

Ort, Datum Unterschrift der Patientin/des

Patienten

Ort, Datum Unterschrift der Therapeutin